

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

332

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Geneviève-Lilian CONGY-AUDIBERT

Née le 21 avril 1912, à Bourg-la-Reine (Seine)
Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
COXITE GONOCOCCIQUE
A FORME GRAVE DE L'ADULTE

Président : M. HARVIER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Geneviève-Lilian CONGY-AUDIBERT

Née le 21 avril 1912, à Bourg-la-Reine (Seine)
Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COXITE GONOCOCCIQUE

A FORME GRAVE DE L'ADULTE

Président : M. HARVIER Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale,
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX.... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
VALLERY-RADOT
(Pasteur).
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
ÉCALLE.
LE LORIER.
LÉVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé Microbiologie.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
ET DE MON BEAU-PÈRE

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

*Témoignage de vive reconnaissance
pour son précieux enseignement et pour
l'honneur qu'il nous fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUET

Médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré

*Qui a inspiré ce travail et l'a guidé de
ses conseils, en témoignage de respectueuse
gratitude pour l'amitié et l'aide précieuses
qu'il a bien voulu nous porter.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR AMEUILLE

Médecin de l'Hôpital Cochin

*En remerciement de son enseignement
et de la sympathie qu'il nous a toujours
témoignée.*

*Avec un sentiment de toute particulière
reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

- 1934. MONSIEUR LE DOCTEUR AMEUILLE
- 1935. MONSIEUR LE PROFESSEUR CADENAT
- 1935. MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE
- 1936. MONSIEUR LE DOCTEUR PAGNIEZ

Stage :

- 1931. MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
- 1932. MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO
- 1932. MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER
- 1933. MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER
- 1933. MONSIEUR LE DOCTEUR PAGNIEZ
- 1934. MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBRÉ

A MESSIEURS LES DOCTEURS KUDELSKI et LEJARD

En amical et respectueux souvenir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA COXITE GONOCOCCIQUE
A FORME GRAVE DE L'ADULTE

Avant-Propos.

La hanche peut être touchée par l'infection gonococcique comme les autres articulations, et sous des formes diverses, allant de la simple arthralgie qui n'empêche pas le malade de marcher, jusqu'aux manifestations inflammatoires et pseudo-phlegmoneuses répondant au type de la monoarthrite aiguë de De Brun.

Sous cette forme inflammatoire et pseudo-phlegmoneuse, l'arthrite gonococcique revêt à la hanche un caractère de haute gravité. Elle est grave cliniquement par l'intensité exceptionnelle des signes fonctionnels et par l'état général d'emblée alarmant et parfois même mortel. Elle est grave anatomiquement par ce fait que le gonocoque, réputé cependant pour s'attaquer aux tissus fibreux périarticulaires et pour respecter les surfaces osseuses, crée, quand il s'attaque à la hanche, des mutilations osseuses importantes amorçant des luxations.

Grave cliniquement et grave anatomiquement, l'ar-

thrite gonococcique coxo-fémorale revêt souvent des caractères si tranchés que sa nature gonococcique peut être suspectée *ex abrupto*, de par ses seuls caractères intrinsèques. Nous avons eu l'occasion d'observer, à quelques semaines de distance, deux malades analogues dont l'observation a été rapportée par nous en collaboration à la Société Médicale des Hôpitaux. Ce sont ces deux observations qui font l'objet de notre thèse.

Historique.

De tous temps, les luxations pathologiques de la hanche survenant au décours d'arthrites aiguës de nature indéterminée, d'apparence non tuberculeuses et rattachées le plus souvent suivant les tendances de l'époque au rhumatisme, ont préoccupé les chirurgiens. Certains d'entre eux ont pressenti, à l'origine de certaines de ces arthrites graves et parfois mutilantes de la hanche, le rôle initial de la blennorrhagie. Richet en 1868, et Gosselin en 1879, dans des leçons cliniques portant chacune sur un cas fort bien observé et discuté, ont été des précurseurs à ce point de vue.

Cependant, les discussions amorcées à l'époque sur ce sujet sont demeurées sans écho. On n'admettait pas, d'ailleurs, malgré l'affirmation de Fournier à l'Académie de Médecine en 1866, la réalité du rhumatisme blennorrhagique, la blennorrhagie ne pouvant, d'après les conceptions de l'époque, occasionner d'arthrites qu'en liaison avec une maladie associée, en l'espèce, le rhumatisme.

En 1899, Duplant et Péhu en France, avec deux observations, et Bennecke, en Allemagne, avec

quelques cas observés ébauchent une description d'ensemble. Mais c'est König, en 1901, qui pour la première fois, avec une statistique de 20 cas, donne de la coxite gonococcique grave une description complète, décrivant l'affection comme une véritable maladie autonome, comme une entité pathologique très particulière et beaucoup plus fréquente qu'on ne le croît en général, identifiant à sa juste valeur le rhumatisme puerpéral de la hanche, mettant en évidence les signes essentiels, décrivant les formes cliniques, les luxations pathologiques et leurs séquelles, les difficultés du traitement.

Le premier examen radiologique a été pratiqué par Halipré en 1902, et l'étude radiologique d'ensemble a été donnée par Kienbock en une série de mémoires échelonnés de 1903 à 1922.

Jusque-là, l'étude de la coxite gonococcique était restée en sommeil en France, Mondor, en 1926, à propos d'un cas observé dans le service de son maître Souligoux, reprend cette étude et divulgue en France ces notions jusque-là peu connues, dans un rapport au Congrès de chirurgie et dans un mémoire consacré aux arthrites gonococciques.

Postérieurement à cette étude, mentionnons le travail d'ensemble sur la coxite gonococcique de Mlle Lamy, portant sur 180 observations colligées.

Observations.

P. Jacquet, Turlaf, Alain Rubens-Duval et Madame Congy. Deux cas d'arthrite gonococcique grave de la hanche avec lésions osseuses (coxite). *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*. Séance du 19 février 1937.

OBSERVATION I

Mlle Prêc... Elise, jeune femme de chambre de 18 ans, est admise dans notre service à l'Hôpital Ambroise-Paré, le 14 juin 1936, avec le diagnostic probable de rhumatisme articulaire aigu. Huit jours auparavant, des arthralgies se sont manifestées dans le carpe et dans les petites articulations des doigts du côté droit, puis ont gagné le coude et l'épaule gauches qui ont été douloureux. Cinq jours après le début enfin, et trois jours avant son entrée à l'hôpital, la hanche gauche s'est prise brusquement à son tour, sous une forme très douloureuse et avec une impotence fonctionnelle complète, nécessitant l'alitement.

Le 14 juin, à l'entrée, l'impression est celle d'un rhumatisme articulaire aigu à forme grave. La malade est pâle, asthénisée, éprouvant de vives souffrances. La température est à 39°4 le premier soir, les urines sont peu abondantes

mais sans albumine et non uratiques. Les sueurs habituelles au rhumatisme font également défaut. Les arthrites multiples du début ont rétrocedé et les jointures atteintes précédemment ont recouvré leur libre jeu. Toute l'attention se concentre sur la hanche gauche et sur le genou du même côté.

La hanche gauche en effet est extrêmement douloureuse, très difficile à explorer et la palpation un peu forte, les tentatives légères de mobilisation arrachent des cris à la malade, la jointure étant par ailleurs le siège de paroxysmes douloureux nocturnes qui entretiennent l'insomnie.

L'articulation de la hanche est manifestement tuméfiée. Il existe un empâtement profond de la fosse iliaque externe très douloureuse à la pression. La pression antérieure éveille une vive douleur dans le pli inguinal au niveau du col fémoral. Il n'y a cependant aucune réaction apparente des téguments sous forme de rougeur et de chaleur locales, pas de circulation veineuse collatérale apparente, pas d'adénopathie crurale ou rétro-crurale.

Le genou également est tuméfié, mais il s'agit d'une tuméfaction d'apparence froide, sans réaction inflammatoire locale ni point douloureux déterminé, osseux, capsulaire ou ligamentaire.

L'examen somatique par ailleurs est à peu près négatif. Le cœur, ausculté attentivement, n'est pas assourdi. Des pertes vaginales assez importantes attirent l'attention. La malade ne peut être examinée au spéculum par suite de l'impossibilité de mettre la cuisse en abduction. Cependant, un toucher vaginal ne révèle rien d'anormal et un examen des sécrétions prélevées à la vulve, ne montre pas de gonocoques.

Considérée tout d'abord comme une rhumatisante, la malade est soumise à un traitement salicylé intensif. Elle prend 8 gr. de salicylate de soude par la bouche et en reçoit 1 gr. intraveineux. On fait de plus une injection de Lantol intramusculaire, et l'on maintient de la glace en permanence sur le cœur.

Les jours qui suivent montrent l'échec du traitement salicylé et nous font abandonner le diagnostic de R. A. A. Pendant quarante-huit heures, le salicylate a exercé une action analgésiante passagère, puis les douleurs ont repris de plus belle. Malgré la continuation du traitement salicylé pendant huit jours de suite, la température demeure oscillante entre 39° et 38° sans tendance à baisser. L'assourdissement des bruits du cœur que nous guettons n'apparaît pas, la malade maigrit de plus en plus, donnant l'impression d'une infection sévère et, bien que nous n'ayons à aucun moment relevé de frissons, devant la fixité maintenant établie de la lésion articulaire, la notion d'une arthrite infectieuse de nature indéterminée se précise de plus en plus.

Le 23 juin, nous abandonnons le salicylate et prescrivons la gonacrine en injections intraveineuses qui, répétées six fois jusqu'au 2 juillet, n'amènent aucune amélioration. Les douleurs au contraire, pendant cette période de huit jours, augmentent d'intensité, la fièvre décrit de larges oscillations de 37° à 39°, l'état général périclité. Localement, la tuméfaction articulaire augmente et des adénopathies inguinales et rétrocrurales du volume d'une grosse noisette apparaissent, sans périadénite, mobiles et non douloureuses. En même temps, la jointure prend l'attitude de capacité maxima avec flexion légère, adduction et rotation interne.

Le 29 juin, devant l'attitude coxalgique de la cuisse, les adénopathies, l'état général de plus en plus mauvais et la rapidité de l'amaigrissement, le caractère anormalement douloureux de l'arthrite et la persistance de la fièvre, nous portons le diagnostic de coxalgie aiguë, à marche vrai-



FIG. 1. — Obs. I (4 juillet).

semblablement rapidement destructrice et du plus sombre pronostic. Cependant une radio faite le jour même montre l'intégrité absolue des surfaces et des interlignes articulaires. Deux dosages d'urée sanguine faits les 16 et 23 juin montrent des chiffres respectifs de 0,49 et de 0,32 cgr. Une

numération globulaire, le 30 juin, donne un chiffre de globules rouges normal à 4.160.000. Il n'y a pas de leucocytose (5.800), l'équilibre leucocytaire est normal avec 66 % de polynucléaires. Un examen des urines le 2 juillet, avec culture, montre seulement la présence de colibacilles. Une hémoculture, le 4 juillet, ne décèle aucun germe.

Le 4 juillet, une nouvelle radiographie de la hanche montre cette fois d'importantes lésions.

Il y a une décalcification intense avec clarté anormale de la tête et du col du fémur, ainsi que la région cotyloïdienne, au point de faire disparaître presque complètement les travées osseuses. L'interligne articulaire d'autre part est complètement effacé et cette disparition de l'interligne, associée à la clarté anormale du squelette de la région rend les limites du fémur et du cotyle presque impossibles à discerner.

La tête fémorale sur la moitié postérieure de son pourtour articulaire, a subi une perte de substance ressemblant à une ulcération qui l'entame profondément. Elle est abrasée, comme amputée franchement, très fortement ébréchée sous la forme d'une cupule profonde qui l'érode sur son tiers postérieur et supérieur. Le reste de la tête n'apparaît que peu ou pas décalcifié.

Le rebord cotyloïdien de son côté est fortement modifié. Il semble épaissi, gonflé, flou, spongieux dans sa portion faisant vis-à-vis aux lésions de la tête fémorale. Son contour est imprécis et flou, mais les lésions n'y affectent pas le caractère profondément destructeur qu'elles revêtent sur la tête fémorale.

12 juillet, la malade est plâtrée et l'action de l'immobilisation se manifeste aussitôt. Dès le lendemain les douleurs cessent, la température vespérale tombe au-dessous

de 38° pour s'y maintenir désormais, suivant une courbe thermique régulièrement décroissante. La malade retrouve le sommeil et l'appétit, l'état général s'améliore. Des radiographies successives d'autre part montrent un processus



FIG. 2. — Obs. I (24 septembre).

de réparation rapide et inattendu des lésions articulaires.

Le 5 août, en effet, la tendance à la réparation osseuse commence à s'affirmer. Le contour échancré de la tête fémorale est moins flou, la recalcification s'ébauche et l'aspect épais, œdémateux du sourcil cotyloïdien est nettement en régression.

Une nouvelle radiographie, le 24 septembre, montre les progrès rapides du travail de réparation osseuse. Les lésions destructrices de la tête fémorale paraissent définitives. Le contour de la tête fémorale, dans sa moitié postérieure, est fortement échancré en deux points qui apparaissent sur le film comme deux sillons séparés par un monticule. Le cotyle est lui aussi échancré et irrégulier. Le travail de recalcification, très actif, permet de préciser ces détails. Déjà s'ébauchent en plusieurs points des ponts osseux qui enjambent l'interligne pour réunir le cotyle et la tête fémorale. Des examens radiologiques répétés de quinzaine en quinzaine permettront de contrôler par la suite la multiplication des travées osseuses de plus en plus denses rejoignant l'une à l'autre les surfaces articulaires détruites et réalisant progressivement l'ankylose osseuse.

Le plâtre a été enlevé entre temps, le 14 septembre, et l'on constate alors la guérison clinique. La hanche n'est plus empâtée ni douloureuse, elle est ankylosée en bonne position. Les ganglions inguinaux et cruraux ont complètement disparu. Il y a une atrophie musculaire importante des muscles de la cuisse.

La guérison si rapide, clinique et anatomique, de cette pseudo coxalgie permet d'éliminer à coup sûr, la tuberculose et nous multiplions les recherches en vue du diagnostic jusque-là en suspens. Toutes les réactions biologiques en vue de dépister la tuberculose (cutiréaction les 1^{er} et 7 septembre, intradermo le 20 septembre, réaction à la résorcine le 4 septembre) ont été négatives. Il en a été de même pour la syphilis. Par contre une gonoréaction le 4 septembre, chez cette jeune fille de 18 ans, s'est montrée très fortement positive. Finalement un examen des sécrétions vaginales, pratiqué dans de bonnes conditions le

29 septembre, au moment d'une poussée nouvelle des pertes antérieures a montré à l'examen direct la présence de gonocoques.

Après une période prolongée de massages et un lever prudemment autorisé, la malade est entrée en convalescence. Elle a quitté le service le 23 décembre ayant recouvré un bon état général. La hanche, définitivement ankylosée, ne présente que des mouvements de très faible amplitude. La malade marche avec une claudication assez accentuée. Il n'y a pas de raccourcissement du membre.

OBSERVATION II

L... Joseph, 27 ans, ajusteur, est hospitalisé dans notre service à l'Hôpital Ambroise-Paré, le 28 août 1936, pour une arthrite aiguë de la hanche gauche.

L'affection a débuté le 25 août dans la soirée par une douleur dans la hanche gauche, atténuée d'abord, puis allant rapidement en grandissant. Déjà depuis plusieurs mois le malade, porteur d'une blennorragie ancienne et qui n'arrivait pas à guérir, avait souffert de cette articulation. Le lendemain, le malade s'alite, étant dans l'impossibilité de marcher et ayant une fièvre à 39°. Il est hospitalisé le surlendemain.

Le 28 août, à l'entrée, nous constatons une arthrite aiguë extrêmement douloureuse, au point d'empêcher tout sommeil et de rendre très difficile toute tentative d'examen.

Le membre inférieur gauche a pris une attitude vicieuse en flexion légère et rotation externe. Il y a un empâtement léger au voisinage de l'articulation, sans œdème ni circulation collatérale, sans adénopathies perceptibles. La palpation réveille une vive douleur dans le pli de l'aîne et dans

la fosse iliaque externe, à l'emplacement de l'interligne articulaire. Les tentatives de mobilisation réveillent d'atroces souffrances et les douleurs spontanées irradient de la hanche jusque dans le bras gauche et dans le genou gauche, réalisant une gonalgie sans manifestation objective aucune ni point de sensibilité quelconque dans le genou douloureux.

Les autres articulations sont indemnes. La fièvre oscille entre 38° et 38°6. Il n'y a rien à mentionner aux autres appareils. La tension artérielle est à 12-8 au Vaquez. La numération globulaire ne montre qu'une légère leucocytose (hématies 3.480.000, leucocytes 8.400) avec 77 % de polynucléaires. L'urée sanguine est à 0,46. Une radiographie de la hanche pratiquée à l'entrée montre l'intégrité complète à ce moment de l'interligne et des surfaces articulaires ainsi que de la structure du tissu osseux.

Le malade est atteint, depuis le mois de mars précédent, d'une blennorragie pour laquelle il est suivi à la consultation du soir de l'Hôpital Ambroise-Paré et pour laquelle il se soigne avec beaucoup de négligence. En juillet, devant la persistance de l'écoulement, on commence un traitement vaccinothérapique. Une douzaine d'injections de vaccin antigonococcique sont faites qui interrompent l'écoulement, mais au commencement d'août, par suite de l'occupation de son usine à laquelle il participe, le malade cesse de venir à la consultation et interrompt son traitement. Trois semaines après cette interruption de traitement, l'arthrite débutait.

Nous nous efforçons, dès le début, d'identifier l'infection gonococcique chez ce malade. Cependant on ne constate pas d'écoulement. Les urines, recueillies dans trois verres, quoique légèrement troubles, ne contiennent pas

de filaments. Le culot de centrifugation ne contient pas de gonocoques. Deux gonoréactions, le 1^{er} septembre et le 8 septembre, demeurent négatives. Nous instituons cependant un traitement par vaccin antigonococcique dont 12 injections sont pratiquées du 3 au 22 septembre, avec adjonction à un moment donné d'Iodaseptine intraveineuse. La température, descendant du 3 au 11 septembre aux environs de la normale, ne tarde pas à remonter entre 37°5 et 38° pour s'y maintenir désormais. Mais le traitement n'agit aucunement sur la douleur. Le 19 septembre, trois semaines après le début, il n'y a aucune amélioration. Le malade a maigri, est pâle, a l'aspect infecté, avec dans l'ensemble un mauvais état général qui révèle une infection sérieuse. Les douleurs sont aussi intenses qu'au début. L'empâtement articulaire, la sensibilité à la pression n'ont pas diminué. Les muscles de la cuisse s'atrophient. Fait nouveau : de volumineux ganglions sont apparus dans l'aîne et dans la région rétrocrurale, mobiles, indolents, sans accompagnement de périadénite.

Une radiographie prise le 18 septembre montre des altérations osseuses importantes. Dans sa partie postérieure et supérieure l'interligne articulaire est très élargi comme si les surfaces osseuses, en ce point, n'arrivaient pas en contact. La tête fémorale à cette hauteur, sur le tiers postérieur et supérieur de son pourtour articulaire, est le siège d'un aplatissement avec disparition de la netteté de son contour et une clarté anormale traduisant une décalcification intense.

Le rebord cotyloïdien, en regard de cette zone malade de la tête fémorale, est échancré, épaissi et flou tout à la fois comme s'il était le siège d'un processus œdémateux.

Le 25 *septembre*, on fait une biopsie d'un ganglion rétro-crural et on plâtre la hanche malade. Le résultat de ce plâtrage s'avère désastreux. Les douleurs redoublent et deviennent intolérables. La température s'élève en échelons pour atteindre 40° le 2 octobre. Les chevilles s'œdé-

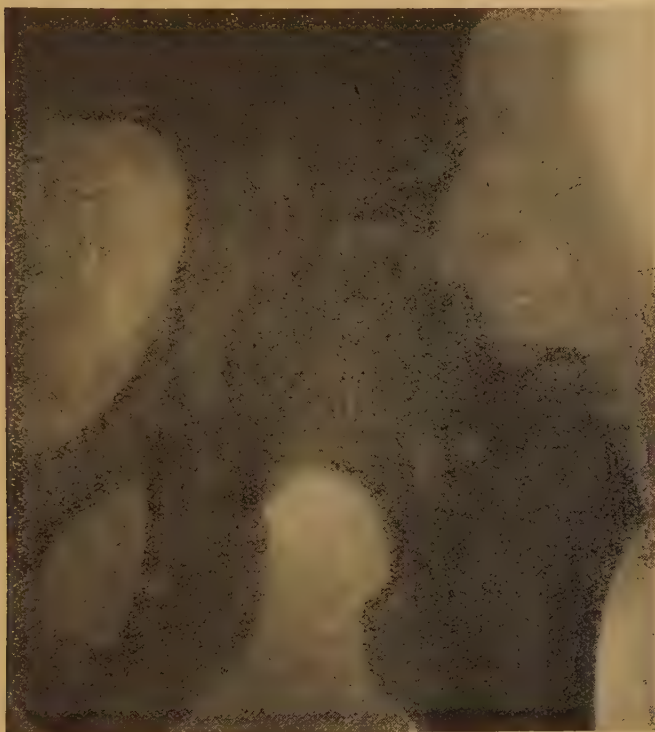


FIG. 3. — Obs. II (18 *septembre*).

matient. Le malade se cachectise en quelques jours suivant un mode aigu et devient squelettique.

Le 3 *octobre*, le plâtre est enlevé hâtivement. Les douleurs dès lors sont beaucoup moins vives, mais la température continue à osciller entre 38° et 39°. Trois jours après on constate la formation d'une large escarre sacrée qui en

quelques jours prend des proportions considérables, intéressant la totalité de la région sacro-coccygienne par sa surface cruentée et la totalité des deux fosses iliaques externes par des décollements sous-cutanés étendus, sécrétant en grande abondance un pus fétide où l'on ne trouve que des germes banaux.

A partir de cette date, jusqu'au 24 novembre, date à laquelle le membre peut enfin être mis en gouttière, ce clapier purulent de la fesse sera notre principale préoccupation. Non seulement la suppuration persistera avec une grande abondance, nécessitant des soins vigilants, mais elle conditionnera pendant sept semaines un état général perpétuellement alarmant. La fièvre demeure élevée, oscillant entre 38° et 39° et même au-dessus. L'amaigrissement, l'asthénie, la pâleur n'ont aucune tendance à se réparer. L'aspect est si lamentable avec ces délabrements étendus, cet état général grave, cette arthrite qui jusqu'à présent n'a pas fait ses preuves, que nous pensons à un moment donné à une septicémie staphylococcique avec localisation osseuse secondaire. Cependant une hémoculture le 6 novembre demeure stérile, et le contrôle radiologique de l'articulation semble montrer au contraire que l'arthrite s'améliore. Le travail de destruction osseuse est enrayé. Les lésions ne se réparent pas à proprement parler, mais l'aspect flou, ouaté des contours articulaires érodés se dissipent peu à peu. Le cotyle et la tête fémorale restent partiellement amputés, mais se recalcifient.

Depuis le 25 novembre, le malade est apyrétique. Sous l'influence du cacodylate de soude à haute dose en injections intraveineuses, l'état général s'est en peu de temps remarquablement amélioré. L'escarre est à peu près complètement guérie. Les douleurs spontanées ont pris fin.

L'empâtement articulaire, les adénopathies, les points douloureux au pli de l'aîne ont complètement disparu. La jambe est immobilisée dans une gouttière, en extension, le pied à angle droit ; il est encore trop tôt pour enter un essai de mobilisation.



FIG. 4. — Obs. II (11 février).

Postérieurement à cette date cependant le malade est resté grabataire et l'état de l'articulation nous a fait jusqu'à présent différer son lever.

Sur une radiographie du *11 février 1937*, la recalcification est très accentuée mais l'interligne articulaire est

pincé attestant la disparition des surfaces articulaires. Les lésions destructrices du fémur et du cotyle persistent inchangées. Les travées anastomotiques réalisant l'ankylose n'existent qu'à la partie interne et inférieure de la jointure. La localisation des mutilations osseuses à la partie postérieure et supérieure de l'articulation, associée au peu d'intensité de l'ankylose osseuse nous fait redouter pour plus tard l'apparition d'une luxation.

L'écoulement urétral d'autre part est tari. Cependant un massage de la prostate, qui est grosse, après ingestion de bière, provoque un écoulement muçopurulent, renfermant de nombreux polynucléaires, des entérocoques et quelques cocci en grains de café, Gram négatifs mais extra cellulaires, qui peuvent être des gonocoques.

Description clinique.

La coxite gonococcique s'installe rapidement. Les malades sont pris d'une heure à l'autre d'une vive douleur dans la hanche qui va en grandissant. En l'espace de quelques heures, d'une nuit, ils aboutissent au paroxysme de leurs souffrances et à l'impotence fonctionnelle complète.

Très souvent, comme dans toute monoarthrite d'ailleurs, il existe une période prémonitoire d'arthralgies. Ces arthralgies peuvent apparaître comme prodromes de localisation sur la jointure même qui sera ultérieurement atteinte (Obs. II) ou intéresser fugitivement et à plusieurs reprises des articulations multiples. Pendant une période de cinq jours, dans notre première observation, les arthralgies se sont manifestées dans la carpe et les petites articulations des doigts du côté droit, puis ont gagné le coude et l'épaule gauches qui ont été très douloureux et légèrement tuméfiés au point de faire suspecter, avant l'hospitalisation, le rhumatisme articulaire aigu par le médecin traitant.

Douleur.

Le fait dominant de la coxite gonococcique à forme grave est l'*intensité de la douleur*, que tous les auteurs s'accordent à qualifier d'atroce. Aucune autre forme d'arthrite, en effet, telles que nous les observons de nos jours, ne provoque de la part des malades une telle expression de souffrance, et il faut remonter aux descriptions classiques de grand rhumatisme articulaire aigu ou de la goutte d'autrefois, pour trouver un équivalent.

La réaction par des cris au moindre attouchement, la terreur de l'examen, des manœuvres d'exploration, de la moindre secousse imprimée à leur lit, l'attitude permanente de défense les deux mains croisées au-devant du genou pour protéger la cuisse, font de ces pitoyables malades, le grand malade du service, le plus difficile à soigner, celui auquel on prodigue sa compassion et sa sollicitude.

La nuit très souvent les douleurs redoublent. L'emploi du bassin est un véritable supplice au point que certains malades préfèrent se souiller délibérément plutôt que d'y avoir recours. Tout examen nécessaire à la recherche des gonocoques : emploi du spéculum, toucher rectal pour explorer la prostate, est pratiquement impossible. La morphine employée à haute dose ne fait qu'atténuer et donne un faible répit. Associées à l'état infectieux toujours grave, à l'insomnie complète, au défaut d'alimentation, les

douleurs aboutissent en quelques jours à un rapide épuisement.

L'exploration de la jointure montre le maximum de sensibilité à la pression au milieu du pli inguinal et dans la région rétro-trochantérienne, en des points répondant à l'interligne articulaire. Souvent les douleurs de la hanche irradient à grande distance : dans le genou du même côté (gonalgie) comme cela a été le cas pour nos deux malades, et même dans l'épaule du même côté et à tout le membre supérieur (Obs. I).

En dehors de son intensité, la douleur est *durable* et les jours passent, avec l'emploi d'un cerceau ou d'une gouttière, de morphine à hautes doses, etc..., sans amener d'amélioration. Seules sont susceptibles de calmer la douleur, l'extension continue qui paraît le procédé de choix, et l'application d'un plâtre, le tout bien entendu sous anesthésie générale. Cependant l'action de l'immobilisation n'est pas absolument constante. Dans notre observation II, une atroce recrudescence des douleurs suivit l'application du plâtre, obligeant à déplâtrer d'urgence. Alors seulement les douleurs s'apaisèrent.

Tuméfaction.

La tuméfaction périarticulaire est de règle. Elle était modérée chez nos deux malades, consistant en un empâtement de la région inguinale, de la fosse iliaque externe et de la région rétro-trochantérienne,

mais sans rougeur locale ni circulation veineuse collatérale. Chez l'un d'entre eux (Obs. I) la tuméfaction inguinale s'accompagnait à distance d'un gonflement périarticulaire du genou atteint de gonalgie, mais reconnu sain radiologiquement. La tuméfaction y revêtait une apparence froide, sans réaction inflammatoire locale ni point douloureux déterminé.

Dans d'autres observations le gonflement est énorme, s'étendant au scrotum ou à la grande lèvre, comblant le pli inguinal et le triangle de Scarpa, donnant une apparence d'élargissement du bassin et amenant la déformation dite « en gigot » de la cuisse, tout entière augmentée de volume, élargie, volumineuse, affaissée sur elle-même.

D'autres fois également la tuméfaction fait défaut, malgré l'existence à la hanche des mêmes atroces douleurs.

Adénopathies.

Nos deux malades ont présenté, à la période la plus aiguë de l'affection, de volumineuses adénopathies inguinales et rétrocrurales. Du volume d'une grosse noisette, sans périadénite et s'associant aux lésions osseuses mutilantes constatées radiologiquement, les adénopathies ont donné le change, à un moment donné, avec une coxalgie. Une biopsie des ganglions, pratiquée dans l'un et l'autre cas, a montré une simple hyperplasie inflammatoire associée à de la sclérose.

L'existence d'adénopathies n'est pas classique au cours de la coxite gonococcique, pas plus d'ailleurs qu'au cours des arthrites blennorragiques, d'une façon générale. Delbet et Mornard, les premiers, ont signalé l'existence d'adénopathies au cours d'arthrites gonococciques de localisations diverses. Les adénopathies, d'autre part, seraient constantes chez le nourrisson d'après Coöpermann.

Attitude vicieuse.

L'attitude prise par le membre inférieur ne présente rien de particulier dans la coxite gonococcique, ou qui diffère des attitudes vicieuses commune aux autres arthrites de la hanche.

Dans notre seconde observation le membre était en flexion légère et rotation externe. Dans notre première observation au contraire, l'attitude était celle d'une coxalgie à la première période : flexion, adduction et rotation interne. Cette attitude est celle que prennent le plus souvent les malades, la plus dangereuse au point de vue fonctionnel, par suite de la contusion érosive qu'elle favorise de la tête fémorale et du rebord cotyloïdien à leur partie postérieure et supérieure, favorisant ainsi la production de luxations.

Symptômes généraux.

Très vite l'état général de nos malades s'est aggravé, devenant alarmant au point d'inspirer à un moment donné de vives inquiétudes, et l'étonnante gravité de l'état général accompagnant une arthrite évoquait elle même une septicémie grave — sur laquelle d'ailleurs à tout moment l'hémoculture restait muette — ayant déterminé secondairement une arthrite métastatique. On conçoit, dans des cas semblables, la fréquente erreur de certains observateurs allant jusqu'à méconnaître l'arthrite au profit d'une infection plus diffuse et plus grave en apparence : ostéomyélite du bassin, phlegmon de la fosse ischio-rectale par exemple.

Chez nos deux malades, en effet, la *pâleur* était extrême et l'est demeurée longtemps, bien que la déglobulisation à 4.160.000 hématies et 5.800 leucocytes chez le premier malade, 3.480.000 globules rouges et 8.400 leucocytes chez le second, n'ait pas suffi à elle seule à en donner l'explication.

L'*amaigrissement*, avec une grande rapidité et en l'espace de quelques jours, a revêtu les caractères d'une véritable cachexie.

Une énorme *escarre* sacro-fessière avec décollements étendus, clapiers profonds et suppuration abondante, s'est instituée rapidement chez notre second malade, coïncidant avec une recrudescence des douleurs, un œdème diffus du bassin et une décompensation car-

diague passagère ayant nécessité l'emploi de l'ouabaïne qui nous a fait suspecter indûment l'existence d'une endocardite. Cette apparition de vastes escarres est loin d'être exceptionnelle au cours de la coxite gonococcique à forme grave, et nous l'avons trouvée mentionnée dans maintes observations.

L'affection enfin est fébrile et la *fièvre* est de longue durée. La courbe thermométrique a revêtu le type de fièvre oscillante. Il n'y a jamais eu de frissons. Les moyennes vespérales enregistrées ont été de 38°5, celles du matin de 37°7 à 38°. La courbe thermique s'est maintenue aux mêmes chiffres pendant tout le premier mois chez notre première malade, et pendant deux mois, avec une exacerbation passagère pendant une dizaine de jours à 39° et au-dessus au moment de la formation des escarres, chez notre second malade.

La persistance et l'intensité des douleurs, l'insomnie complète, la suppression de l'alimentation qui s'ensuit, l'existence d'une infection sévère, mais n'ayant pas revêtu cependant chez nos malades le type septicémique, aboutissent de la sorte à un rapide épuisement. Cependant l'état général, grave, si grave même qu'il évoque les infections les plus sévères et les plus rapidement cachectisantes, par le fait même qu'il est occasionné par une simple arthrite, si douloureuse puisse-t-elle être et que l'ensemble guérit, offre au premier abord quelque chose d'insolite. Il y a dans l'ensemble une discordance qui frappe, un contraste jusqu'à un certain point entre la gravité apparente et

la gravité réelle de cette affection si sérieuse mais cependant curable. Et ce n'est pas un des points les moins particuliers de l'affection qui nous occupe.

Examen radiologique.

Les lésions articulaires constatées radiologiquement consistent en des pertes de substance osseuse, profondes et étendues, de la tête fémorale et du sourcil cotyloïdien, associées à une décalcification diffuse des os de la région et au pincement de l'interligne articulaire témoignant lui-même de la destruction concomitante des surfaces cartilagineuses. L'arthrite gonococcique, quand elle atteint la hanche, peut donc se présenter comme une *arthrite mutilante* et les effets de cette mutilation, très fréquents, mais qui heureusement ne se sont pas produits chez nos deux malades, consistent en une luxation en haut et en arrière de la tête fémorale.

Les lésions osseuses soulignent en quelque sorte le pincement de l'interligne. Elles consistent en une abrasion du plan osseux sous-articulaire de la tête fémorale aussi bien que du cotyle. Il en était ainsi chez notre première malade (fig. 2), où la tête fémorale a été profondément rabotée sur presque toute sa circonférence, le trait de consolidation des deux surfaces ankylosées étant marqué sur le cliché par un arc foncé.

Chez notre second malade (fig. 3), une profonde érosion encoche la tête fémorale à sa partie supé-

rière et externe, faisant vis-à-vis à une perte de substance parallèle mais moins accusée du sourcil cotyloïdien. L'interligne articulaire dans sa partie interne est élargi, comme béant, attestant l'ascension de la tête fémorale qui a tendance à se luxer. En même temps, en pleine consolidation (fig. 4), transparaissent des zones plus claires dans la moitié antérieure de la tête fémorale, donnant un aspect d'ostéopore et qui révèlent les pertes de substance profondes, d'apparence cupuliforme.

L'évolution des lésions osseuses est très particulière et mérite qu'on s'y appesantisse. Ces mutilations osseuses en effet *se constituent très vite*. Elles apparaissent constituées de toutes pièces dans l'intervalle de deux examens radiologiques. Elles se sont même produites en l'espace de quelques jours chez la malade de notre première observation, puisque l'articulation, reconnue intacte à l'examen radiologique le 29 juin, présentait ses lésions complètes et définitives sur le film du 4 juillet.

Les pertes osseuses d'autre part, une fois constituées, n'ont aucune tendance par la suite à s'étendre ou à s'aggraver, ni à se réparer. Constituées d'une seule pièce, elles persistent immuables pendant les mois qui suivent. Deux ou trois mois après commencent la recalcification et le travail d'ankylose. Les plans osseux, si clairs au début chez notre première malade, que l'on ne pouvait plus que difficilement distinguer les travées osseuses, reprennent de la densité. Des fibres anastomotiques, jetées entre la tête

fémorale et le cotyle apparaissent de plus en plus nombreuses et constituent l'ankylose.

Du point de vue évolutif, ces lésions révèlent, par le seul examen des films successifs, une arthrite d'une nature tout à fait particulière. Constituées d'emblée et à l'emporte-pièce, sans tendance évolutive aucune, ces mutilations contrastent avec la précocité relative du travail de recalcification et de la consolidation de la jointure. Elles s'opposent aux lésions tuberculeuses d'apparition plus lente, très évolutives au contraire, tardives dans leur recalcification et dans leur réparation.

Évolution. Terminaison. Complications.

La coxite gonococcique telle que nous l'avons observée est une affection sérieuse au point de vue vital, et toujours grave au point de vue fonctionnel. Son évolution normale se fait vers l'ankylose, ou vers la luxation. Elle peut d'autre part se terminer par la mort. Sur 20 cas König a observé un cas de mort et sept fois des luxations pathologiques.

La mort paraît être le fait beaucoup plus des escarres et des infections secondaires qu'elles entraînent que de la septicémie gonococcique elle-même qui a été constatée dans certaines observations par des hémocultures répétées, soit de façon intermittente, soit de façon continue.

Indépendamment de l'ankylose, qui paraît être ici, comme dans toute monoarthrite gonococcique d'ail-

leurs, le processus évolutif normal à l'exception toutefois de certaines formes atténuées de coxite (forme hydarthrosique, forme arthralgique, forme rhumatismale peut-être) qui peuvent se réparer, les *luxations pathologiques de la hanche* représentent la complication de beaucoup la plus fréquente.

Cette tendance de la coxite gonococcique à forme grave à créer des luxations résulte de ce fait, qui ressort de nos observations, lesquelles concordent elles-mêmes avec celles que nous avons compulsées, que les lésions osseuses, aussi bien fémorales que cotyloïdiennes, prédominent à la partie supérieure et externe de l'articulation. C'est au point précisément où s'exerce au maximum la pression occasionnée par la contracture réflexe des muscles de la cuisse que se font les lésions ostéo-articulaires, à tel point que l'on a pu parler, arbitrairement peut-être, de « contusion érosive » des zones articulaires. Cette localisation supérieure et externe de l'effondrement du squelette conduit directement à la luxation en haut et en arrière de la tête fémorale, dans la fosse iliaque externe, à moins que l'extension continue, appliquée à temps et longtemps continuée, ne permette l'ankylose en bonne position. Chez notre second malade (fig¹. 3), l'interligne articulaire élargi, béant à sa partie interne comme si le cotyle était partiellement déshabité, témoigne de l'ascension de la tête fémorale en état de subluxation.

Cliniquement, ces luxations pathologiques se produisent insidieusement. Elles se constituent du jour

au lendemain, et se reconnaissent au changement d'attitude et au raccourcissement du membre qui viennent de se produire. On les trouve parfois fortuitement à l'occasion d'un examen radiologique chez un sujet plâtré. Elles se produisent spontanément, très vite, en l'espace de quelques jours, calquées en cela sur la rapidité de production des lésions osseuses que nous avons exposée. Elles apparaissent de plus précocement *en pleine période aiguë*, très différentes en cela des autres arthrites de la hanche où la luxation n'apparaît que tardivement, pendant la convalescence et à titre de complication plus ou moins éloignée. De par leur mode de production également, elles s'opposent à la luxation coxalgique, qui demande des mois pour se constituer.

Une autre forme de luxation, moins fréquente et moins bien connue, et qui ne peut être identifiée que par la radiologie, consiste dans l'*enfouissement du plancher de l'acétabulum*. L'arrière fond cotyloïdien, détruit dans son tissu osseux, se laisse refouler par la tête et le col fémoraux, plus ou moins lésés eux-mêmes, qui pénètrent dans le bassin en refoulant le périoste. Les réactions périostées secondaires déterminent l'ossification de cette saillie en coupole qui proémine dans le bassin, où elle est facilement accessible par le toucher rectal, avec accompagnement de raccourcissement du membre et parfois d'ankylose, l'ensemble de ces déformations constituant le « bassin gonococcique ».

Diagnostic. Traitement.

Quand la coxite apparaît au cours d'une blennorragie aiguë, connue et identifiée, elle est rattachée sans difficultés à sa cause et le traitement commun aux arthrites blennorragiques, quelle qu'en soit la localisation, (vaccins, sérum intra-articulaire, gonacrine, protéinothérapie, pyrétothérapie, etc...) associé au traitement de l'infection focale et à la mobilisation précoce est institué d'emblée et dans de bonnes conditions.

Il s'en faut cependant que ces circonstances favorables soient souvent réalisées. La plupart du temps au contraire, nous en avons fait l'expérience chez nos deux malades et les observations que nous avons compulsées nous l'ont démontré, la notion d'infection initiale fait défaut ou ne peut être contrôlée avec certitude. La coxite apparaît alors comme une affection autonome et soulève un problème diagnostique des plus difficiles. Chez notre première malade, dont les pertes vaginales abondantes avaient dès l'abord attiré notre attention, le gonocoque recherché attentivement n'existait pas dans les pertes où il n'est

apparu qu'à la convalescence. Chez l'homme que nous savions atteint d'une blennorragie chronique, l'urine était à peine trouble et sans filaments, ne contenait que du colibacille et le gonocoque ne fut trouvé que six mois plus tard dans le liquide obtenu par expression de la prostate.

Cette disparition du gonocoque dans les sécrétions pathologiques préexistantes chez les sujets atteints de coxite à forme grave, leur absence étant fonction de la gravité même de l'arthrite, nous a paru très générale et il ne semble pas que ce fait ait attiré jusqu'à présent l'attention qu'il mérite. Il semble que dans cette affection hautement pyrétique et fébrile très longtemps, plus qu'en aucune autre circonstance les gonocoques disparaissent pendant la période aiguë, et que l'on ne puisse de façon habituelle, tabler sur leur présence pour asseoir le diagnostic.

La ponction de la jointure par ailleurs montre quelquefois le gonocoque dans le liquide articulaire. L'hémoculture est beaucoup trop rarement positive dans les grandes infections gonococciques pour que l'on puisse tabler sur elle. Les données radiologiques sont trop tardives pour être utilisables. La gono-réaction enfin, très fortement positive chez notre malade atteinte de vaginite, a été à deux reprises différentes complètement négative chez le blennorragien. Quant aux recherches de gonocoques, dans les voies génitales par des procédés plus précis (réactivation de l'urétrite, expression prostatique, spermoculture, prélèvement sur le col utérin sous le contrôle du spé-

culum), elles sont pratiquement irréalisables en période aiguë chez ces malades si douloureux et qu'il est impossible de mobiliser. La carence des données biologiques apparaît donc comme habituelle, aussi, et bien que la coxite grave ait une physionomie clinique telle que son origine gonococcique puisse être suspectée *ex abrupto* et avec une forte présomption par un observateur averti, avons-nous relevé dans la plupart des observations la même incertitude que nous avons éprouvée nous-même. Ainsi se trouve-t-on, même prévenu, dans un état d'infériorité constante vis-à-vis de ces arthrites qui, suivant l'expression d'Arrou « vieillissent vite » et pour lesquelles les traitements n'ont de chance de succès cependant qu'à condition d'être appliqués dès les tout premiers jours.

Le dispositif d'immobilisation de choix à utiliser pour la première coxite grave est l'extension continue. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître son action remarquable sur les douleurs qui cèdent immédiatement après son application, et souvent de façon complète. Pour donner son plein effet, pour prévenir les luxations et préparer l'ankylose, si elle doit avoir lieu, en bonne position, l'extension continue doit être appliquée précocement et maintenue fort longtemps.

L'immobilisation dans un plâtre, que nous avons utilisée chez nos deux malades, n'a calmé les douleurs que pour l'un d'entre eux. L'appareil plâtré d'autre part, ne donne pas de garantie suffisante vis-à-vis des luxations éventuelles qui demeurent toujours pos-

sibles. Enfin, ces malades ayant tendance à faire des escarres qui obligent à déplâtrer si elles viennent à se produire, et à la production desquelles le plâtre lui-même peut ne pas être toujours complètement étranger, l'emploi de l'appareil plâtré doit être rejeté en définitive au profit de l'extension continue.

Conclusions.

I. — Le caractère et l'intensité des douleurs, atroces et longtemps persistantes et faisant de ces malades de véritables martyrs, l'intensité du gonflement, l'existence possible d'adénopathies, la gravité rapidement alarmante de l'état général avec amaigrissement cachectique, pâleur extrême, fièvre élevée et de longue durée, formation parfois de vastes escarres, donnent à la coxite gonococcique, dans sa forme grave, une physionomie spéciale, une véritable autonomie clinique.

II. — L'arthrite blennorragique sous cette forme devient mutilante. Elle frappe le tissu osseux lui-même de la tête fémorale et du cotyle sous forme de larges pertes de substance, amorçant les luxations. En liaison avec une décalcification intense des os de la région et avec le pincement de l'interligne articu-

laire témoignant de la destruction concomitante des surfaces cartilagineuses, *les mutilations osseuses se constituent très vite*, en l'espace de quelques jours, comme à l'emporte-pièce. Une fois établies elles demeurent inchangées, sans tendance évolutive aucune, ni vers la réparation, ni vers l'aggravation. Précocement enfin, deux ou trois mois plus tard, le travail de consolidation articulaire s'établit par la densification des images attestant la recalcification et l'apparition de travées anastomotiques jetées en pont entre la tête fémorale et le cotyle et constituant l'ankylose.

III. — Du point de vue évolutif ces lésions révèlent, par le seul examen des films successifs, une arthrite d'une nature tout à fait particulière. Elles s'opposent notamment aux lésions tuberculeuses d'apparition plus lente, très évolutives au contraire, et tardives dans leur recalcification et leur réparation.

IV. — Indépendamment des caractères intrinsèques de l'arthrite, si nets que l'on devrait, chez beaucoup de malades, faire le diagnostic *ex abrupto*, et des données radiologiques trop tardives pour être utilisables, on ne peut tabler, la plupart du temps, sur les données biologiques pour asseoir le diagnostic. Il est de règle en effet, dans ces formes hautement pyrétiques et fébriles très longtemps, que les gonocoques n'apparaissent dans les sécrétions purulentes, cependant préexistantes, qu'à la convalescence. Aussi se

trouve-t-on dans un état d'infériorité constante vis-à-vis de ces arthrites pour lesquelles les traitements n'ont de chance de succès qu'à dès les tout premiers jours.

Vu : le Président de la thèse,
HARVIER.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bennecke*. — L'arthrite blennorrhagique. Berlin, 1899.
- Coopermann*. — Arthrites gonococciques de la première enfance (Am. J. of Dis. of children, juin 1927).
- Coudray*. — Les luxations pathologiques dans les arthrites blennorrhagiques. Thèse de Paris, 1926.
- Coureaud*. — Arthrite gonococcique aiguë grave de la hanche. Académie de Chirurgie, 4 décembre 1935.
- Delbet et Mornard*. — Arthrite chronique de la hanche avec subluxation et ankylose progressive de l'adulte (Revue de Chirurgie, 1935).
- Detteil*. — Les arthrites gonococciques de la hanche. Thèse de Paris, 1926.
- Duplant et Pékù*. — Deux cas d'arthrite blennorrhagique de la hanche (Revue de Médecine, 1899).
- Fruchaud (H.) Lecuit Roy*. — Coxite gonococcique grave de la hanche résection de la tête fémorale et fermeture sans drainage (Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir., 57, 1076-1083, July 18, 1931).
- Garcia Faure (M.)*. — Coxitis gonococcia (Prensa Med. Argent., 17, 1565-1584, 20 avril 1931).
- Gosselin*. — Arthrite coxo-fémorale, suite plus que probable de la blennorrhagie (Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale, 1879).
- Halipre*. — Rhumatisme blennorrhagique grave. Ankylose de la hanche. Radiographie (Normandie médicale, 1902).

- Jacquet, Turiaf, Rubens-Duval (Alain) et Congy (Mme).* — Deux cas d'arthrite gonococcique grave de la hanche avec lésions osseuses (coxite) (Société Médicale des Hôpitaux, 19 février 1937).
- Kienbock.* — Modifications osseuses par arthrites gonococciques (Centralb. f. Chir., 1922).
- König.* — Maladie de la hanche. Coxite blennorragique (Berliner Klin. Wochen., 1901).
- Laffont et Fulconis.* — Coxite gonococcique (Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger, séances du 10 février 1934, in *Algérie médicale*, n° 83, nov. 1934).
- Lamy (Marthe).* — La coxite gonococcique. Thèse Paris, 1929.
- Mondor.* — Rapport au XXXV^e Congrès de Chirurgie. Paris 1926; les arthrites gonococciques. Masson, 1928.
- Oudard-Coureaud.* — Arthrite gonococcique de la hanche; quatre cas d'arthrite gonococcique aiguë et suraiguë de la hanche (Arch. de Mém. et de Pharmacie Nav., 119, 405, 414, July Sept. 1929).
- Pelletier.* — Le bassin gonococcique. Thèse de Paris, 1928.
- Ramond.* — Coxite gonococcique (Presse Méd., 37, 1939, 1240, 21 sept. 1929).
- Richet.* — Coxalgië rhumato-blennorragique. Union médicale, 1868.
- Sanières.* — Des luxations pathologiques au cours des infections atténuées de la hanche. Thèse de Toulouse, 1927.

